

Honorarvereinbarung

über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

Ich, _____
(Vorname Familienname) (*)

wünsche von Herrn Paffrath die Diagnosestellung und Therapie im Rahmen der Osteopathie, der LNB Painless - Schmerztherapie , Bioresonanztherapie oder anderer Verfahren, die Herr Paffrath anbietet.
Die Wahl der jeweiligen Therapieschritte ist patienten-individuell und wird vorab besprochen.

Das Honorar richtet sich bei Herrn Paffrath nach der **Gebührenordnung für Heilpraktiker GebÜH / Höchstsatz**, und kann je Sitzung und den geleisteten Gebührensätzen unterschiedlich hoch sein.
Diagnoseziffern sind in der Regel höher bewertet, sodass die ersten Behandlungen teurer werden können.
Ich kann somit je nach Aufwand und Kassenzugehörigkeit beim Erwachsenen und Jugendlichen mit einem ungefähren Rahmen von **110 bis 134 €** für eine Zeitstunde rechnen.

Die von mir gewünschte Behandlung kann **nicht** mit meiner **gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** abgerechnet werden, und ich habe ihr gegenüber auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung, weder ganz noch teilweise.

Ausnahme bildet das Angebot der **Bezuschussung der Osteopathie** vieler Kostenträger im Rahmen der GKV.
Bei den meisten GKV ist Herr Paffrath anerkannter Osteopath.
Im Zweifelsfall erkundige ich mich selbst nach dieser Möglichkeit bei meiner GKV.

Besteht eine **Private Krankenversicherung (PKV)** oder eine private Zusatzversicherung, die Heilpraktikerleistungen gem. GebÜH beinhaltet, kann ich mit einer teilweisen Erstattung gemäß des von mir abgeschlossenen Tarifs rechnen.

In jedem Falle bekomme ich eine ordentliche Rechnung nach der GebÜH und übernehme persönlich zunächst den vollen Rechnungsbetrag. Dies ist im Vorfeld besprochen worden, und ich habe dies alles verstanden.

Terminänderungen bzw. -absagen werde ich so früh wie möglich, spätestens aber **24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin vornehmen. Bei nicht eingehaltenen oder zu spät abgesagten Terminen bezahle ich die ausgefallene Behandlung gegen Rechnung. Herrn Paffrath steht in solchem Falle ein Ausfallhonorar in Höhe von ca. 50 % des normalerweise zu erwartenden Behandlungshonorars zu. (LG Düsseldorf- AZ.22S117/04 vom 19.03.2004)

Ich bin über den zu erwartenden Kostenrahmen pro Termin ausreichend aufgeklärt worden und habe dies verstanden. Evtl. Erstattungsansprüche an meine Krankenkasse regle ich selbst.

Die Administration der Rechnungsverwaltung und Rechnungsstellung der Naturheilpraxis HOLOSAPIENS ist ausgelagert und erfolgt durch Dritte, namentlich die **AEIE-EWIV**, Berlin.
Ich erkläre mich ausdrücklich mit der Weitergabe sowohl meiner persönlichen Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Telefon, Email, Behandlungsdatum, Diagnosen) als auch die meines Ehe-/Lebenspartners bzw. meiner Kinder, sofern diese ebenfalls hier in Behandlung sind, an die AEIE-EWIV einverstanden.
Die Daten liegen auf einem firmeneigenen geschützten Server, werden nur und ausschließlich zu Zwecken der Rechnungsstellung verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Tangstedt, den

.....
Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter